

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE 293

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Denise-Paulette PLANTECOSTE

Née le 7 Avril 1926, à CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

RÈGLEMENT SANITAIRE DE L'O. M. S.

Modifications apportées
aux Conventions Sanitaires de 1944
Etude limitée à la Navigation Maritime

Président : M. JOANNON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1952

ANNÉE 1952

THÈSE

N°.....
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Denise-Paulette PLANTECOSTE

Née le 7 Avril 1926, à CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

RÈGLEMENT SANITAIRE DE L'O. M. S.

Modifications apportées
aux Conventions Sanitaires de 1944
Etude limitée à la Navigation Maritime

Président : M. JOANNON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1952

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BRINDEAU, E. BRUMPT, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

Doyen LÉON BINET.

Membre de l'Institut.

Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :



	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN.
Carcinologie	OBERLING.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	FÈVRE.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.).
	LAROCHE (Guy).
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLÉRY-RADOT.
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL.
	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHEL.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER.
Clinique Rhumatologique	COSTE.
Clinique stomatologique	DECEAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.

Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIÉTY.
Histologie	CHAMPY.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DESOILLE.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri)
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.			
Anatomie	CORDIER.	Parasitologie co-	CHABAUD.
	DEBEYRE	loniale	ABOULKER
	DELMAS.	Pathologie chirur-	BAUMANN
Anatomie patholo-	M ^{lle} GAUTHIER-	gicale	GOSSET
gique	VILLARS.		HUGUIER
	BUSSER		LAURENCE
Bactériologie	FASQUELLR.		LEGER
	NEVOT	Pathologie chirur-	OLIVIER
Biologie médic. .	BOURLIERE	gicale	PADOVANI.
	ETTORI.		POILLEUX
Biochimie médi-	JAYLE		ROUX.
cale	SCHAPIRA.		RUDLER.
Dermato-Syphi-			VERNE
ligraphie	DEGOS.	Pathologie expér.	MERKLEN.
	BULLIARD		BERNARD
Histologie	COUJARD.		BOUDIN
	DESCLAUX.		CASTAIGNE
Hydrologie	DEBRAY.		CONTE
	BOYER.		DECOURT.
Hygiène	DEPARIS.		DOMART
	DÉROBERT.		DREYFUS (Gilbert).
Médecine légale .	GAULTIER.	Pathologie médi-	FAUVERT.
	N...	cale	HAMBURGER.
Neurochirurgie.	DE SÈZE.		KOURILSKY.
Neurologie	GRASSET		LAMY.
	LEPAGE		MAURIC.
	MAYER.		MILLIEZ
Obstétrique	MERGER		PERRAULT
	RAVINA		RAMBERT
	VARANGOT.		THIEFFRY
	OFFRET.		TURIAF
Ophtalmologie ...	DESVIGNES	Pédiatrie	LAPLANE.
	HALPHEN		MARIE (Julien).
Oto-rhino-laryng..	MADURO		LEVY.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.	Pharmacologie ..	CHEYMOL.

Physiologie	BARGETON. PARROT.	Psychiatrie in- fantile	MICHAUX.
Physique médic..	DOGNON. DJOURNO. GOUGEROT.	Stomatologie . .	CHAPUT.
Psychiatrie	BARUK.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens..	BROUET.
		Urologie	KUSS.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens :

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*)
GATELIER (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (*Obstétrique*)
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent :

	MM.		MM.
Clinique chirurgi- cale	AMELINE.	Clinique médicale	MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO.		LENEGRE.
	MÉNÉGAUX.		MARCHAL.
	PATEL.		SOULIE.
Clinique médicale	SICARD.	Clinique obstétri- cale	DIGONNET.
	BOULIN.		ECALLE.
	BROUET.		LACOMME.
	CACHERA	Clinique ophtal- mologique ...	SUREAU.
	DELARUE.		RENARD.
	GARCIN.		AUBIN.
	HAGUENAU.	Clinique oto-rhi- no-laryngologi- que	
		Clinique urologi- que	COUVELAIRE.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire adjoint M^{lle} CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAÎTRE, GOICHON, LAURENT.
LE NOIR.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

Modeste témoignage d'amour et de
reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur JOANNON

Officier de la Légion d'Honneur

Médaillé militaire

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Avec nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A Monsieur le Docteur J. BOYER

Professeur agrégé d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police

Qui nous a indiqué le sujet de cette
thèse et nous a guidé dans ce travail.

Avec l'expression de notre vive gra-
titude.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

HISTORIQUE

Voilà quelques mois à peine que l'on commémorait le Centenaire de la Première Conférence Sanitaire Internationale. C'est en 1951 en effet que « la France prenait l'initiative de réunir à Paris une Conférence Sanitaire Internationale, pour coordonner la lutte des divers Etats contre le choléra. C'est là une date mémorable. Notre pays, par cette initiative révolutionnaire à l'époque, a indiqué au monde entier la voie dans laquelle il convenait de s'engager pour lutter contre les épidémies tant redoutées de maladies pestilentielles » (1).

Ces maladies, en effet, étaient alors des objets de terreur, de panique dans les populations.

Particulièrement impressionnantes par l'éclosion subite des épidémies, leur diffusion rapide et la mortalité effroyable qu'elles entraînaient, elles imposaient aux Gouvernements le devoir de se préoccuper d'elles.

Le choléra avait fait son apparition en Europe en 1830 pour la première fois. Sorti de ses foyers asiatiques, il se répandit d'abord dans toute l'Asie, puis de 1827 à 1837 arriva en Europe par voie terrestre et maritime, passant en France en 1832 et faisant 100.000 victimes. De 1841 à 1850 on assista à une seconde expansion qui causa en France l'épidémie de 1848. Au cours de ces deux incursions, le choléra avait sévi en Angleterre puis, traversant l'Océan, il avait atteint l'Amérique. En 1851, il se réveilla en Silésie, avec extension vers la Russie et vers l'Europe. C'est à ce moment que se réunit la Première Conférence Sanitaire Internationale.

Quelques années plus tard, c'est la fièvre jaune qui exerça

(1) Dr. J. BOYER : Un centenaire à commémorer : celui de la Première Conférence Sanitaire Internationale.

à son tour ses ravages en France. Déjà, dès le début du XVIII^e siècle, la fièvre jaune sévissait en Europe. D'origine américaine, des foyers secondaires ayant été créés en Afrique par l'intermédiaire de la traite des esclaves, la fièvre jaune avait atteint l'Ouest de l'Europe, et l'Espagne en particulier, de 1800 à 1820, et c'est l'épidémie de Barcelone de 1820 qui avait fait prendre au Gouvernement Français la loi de Police Sanitaire de 1822. En 1861, un navire de Nantes, venant de la Havane, chargé de sucre, fut à l'origine de « l'épidémie de l'Aune-Marie », épidémie dont la propagation resta à l'époque bien mystérieuse, dans l'ignorance où l'on était du rôle joué par les moustiques.

Puis de nouveau et à diverses reprises le choléra refit son apparition, il détermina entre autres l'épidémie de 1865, éclosa en Egypte à la suite d'une fausse déclaration d'un capitaine de navire : alors que ce bateau ramenait des pèlerins cholériques de la Mecque, le capitaine avait affirmé que personne n'avait été malade à bord.

La peste, elle aussi, sévissait dans le monde. Au XVI^e siècle, une épidémie venant de Chine avait gagné l'Europe par la Perse et avait tué 23 millions de personnes. Au XVIII^e siècle, elle avait fait de nouvelles et nombreuses victimes, en particulier au cours de la célèbre « peste de Marseille ».

Quant à la variole, fléau connu depuis l'antiquité, elle avait donné lieu à de nombreuses et meurtrières épidémies au cours des siècles. Le typhus exanthématique, lui, décimait les populations surtout pendant les périodes de guerres et de famine.

Or, la substitution de la navigation à vapeur à la navigation à voile avait encore augmenté les risques et la fréquence de ces épidémies. En effet le nombre des voyages en avait été multiplié et par suite le nombre des contacts établis entre pays infectés et pays sains. De plus la durée des voyages, considérablement raccourcie, entraînait l'arrivée dans des ports indemnes de sujets encore en incubation lors de leur débarquement.

Enfin l'ouverture du Canal de Suez avait rapproché l'Europe des régions où le choléra existait à l'état endémique.

Certes les Puissances ne restaient pas inactives devant ces fléaux, mais elles disposaient de bien pauvres moyens de lutte. L'ignorance de l'origine des maladies infectieuses s'opposait à la prise de décisions appropriées. La « quarantaine » et la « libre pratique », seuls principes de défense employés en

somme, étaient appliquées de façon variable, gênaient considérablement le commerce maritime et n'étaient nullement efficaces; il existait de plus une disparité totale dans les mesures prises, la Réglementation sanitaire se faisant alors à l'échelle nationale, variant d'une nation à l'autre et souvent même d'un port à l'autre d'un même pays.

C'est donc devant la diffusion toujours plus grande de ces maladies pestilentiellles et les échecs répétés des essais de lutte contre elles que les Puissances furent amenées à se réunir en Conférences Internationales.

Celle de 1851 se tint à Paris. Elle comprenait des délégués de douze états voisins de la Méditerranée, diplomates et médecins, qui étudièrent ensemble un projet de Convention Internationale contre le choléra, la peste et la fièvre jaune, applicable aux ports méditerranéens et à la Mer Noire, et basé sur le règlement français de police sanitaire. Cette première tentative n'aboutit d'ailleurs pas à une Convention; les divers Etats étaient extrêmement jaloux de leur indépendance et l'absence de bases scientifiques indiscutables apportait un obstacle supplémentaire à l'établissement d'une communauté d'action. Néanmoins cette Conférence, loin d'être un échec total, amena peu à peu les réglementations nationales à se modifier et à se modeler les unes sur les autres. C'était la première étape nécessaire, et les découvertes scientifiques successives venant ajouter leur bénéfique influence, le succès s'imposa enfin. Mais ce ne fut qu'après de longues années d'efforts.

En 1859, à Paris, une seconde Conférence était, elle aussi, demeurée sans résultat. Il en fut de même de celle de Constantinople de 1866, réunie à la suite de l'épidémie de choléra de 1865. Vienne, à son tour, en 1874, vit une Conférence qui se termina une fois de plus sans convention. En 1881 une Conférence, tenue à Washington, envisagea les moyens d'avertissement des Puissances lors de l'éclosion de maladies pestilentiellles dans le monde, et les moyens d'augmenter l'utilité de la Patente de santé déjà en vigueur.

Mais les dernières années du XIX^e siècle virent les découvertes scientifiques se succéder et s'imposer peu à peu.

C'est KOCH qui en 1883, découvre le vibron cholérique au cours d'une épidémie en Egypte. YERSIN qui identifie le bacille pesteux en 1893 et SIMOND qui met en lumière le rôle joué par

la puce du rat. La Commission de la Havane en 1901 confirma les travaux de FINLAY sur l'importance du Stégomyia dans la propagation de la fièvre jaune et en 1909 NICOLLE révéla la transmission du typhus exanthématique par le pou. L'adhésion totale des différentes Nations se fit néanmoins lentement. Ainsi malgré la description du vibron cholérique en 1883, par KOCH, une conférence qui se tint à Rome en 1885 n'aboutit à rien car cette découverte était encore discutée. Et ce ne fut qu'en 1892, après l'épidémie de choléra de Nanterre, que pour la première fois une Conférence, réunie à Venise, donna lieu à une convention internationale pour la surveillance du Canal de Suez. Dès lors la voie était tracée et désormais toutes les Conférences se terminèrent par une Convention.

Celle de 1893 à Dresde créa deux mesures, l'observation et la surveillance sanitaire, applicables à Suez seulement. En 1894, la troisième Conférence de Paris réglementa le pèlerinage de la Mecque. Puis, en 1897, la seconde conférence de Venise ajouta la peste au choléra, porta à deux le nombre des maladies pestilentiellles internationales, et étendit à tous les ports du monde le contrôle des navires réservé à Suez en 1893.

La fièvre jaune fut envisagée à son tour au cours des Conférences de Rio de 1904 et de Washington en 1905, et devint par la Convention de Paris de 1912, la troisième maladie conventionnelle.

En 1908, la quatrième Conférence de Paris avait créé l'Office International d'Hygiène publique, chargé de recevoir les déclarations internationales, de les transmettre et de prendre connaissance des mesures prises dans les différents Pays.

La guerre de 1914-18 vint fournir alors son vaste champ d'expériences et prouver l'efficacité des mesures employées. Les vaccinations, la dératisation et l'épouillage d'armées et de populations entières permirent en effet d'enrayer toutes épidémies naissantes. Après la guerre, la Convention de 1926 ajouta la variole et le typhus exanthématique aux maladies pestilentiellles internationales et codifia les mesures à prendre aux frontières maritimes et terrestres.

En 1933, la Convention pour la navigation aérienne de la Haye se préoccupa des dangers particuliers qu'apporte la brièveté des voyages aériens. Enfin, lors de la dernière guerre, l'impossibilité de fonctionnement de l'O.I.H.P. entraîna la créa-

tion à Londres d'un organisme, « l'U.N.R.R.A. » qui comptait parmi ses attributions la protection sanitaire.

Ce sont les conventions de l'U.N.R.R.A. de 1944 qui sont en vigueur à l'heure actuelle et qui seront remplacées le 1^{er} octobre 1952 par le Règlement Sanitaire International de l'O.M.S.

LES CONVENTIONS DE 1944

Ces Conventions de 1944, qui représentent la convention Sanitaire Internationale de 1926 et la Convention de la Haye de 1933, modifiées par l'U.N.R.R.A., envisagent comme la première mesure à prendre, dès qu'une épidémie éclate en quelque lieu, une Déclaration Internationale. Le premier cas avéré de peste, de choléra ou de fièvre jaune constaté par un gouvernement sur son territoire, ou l'existence d'une épidémie de typhus exanthématique ou de variole, oblige ce pays à une notification immédiate aux autres Puissances et à l'U.N.R.R.A. de l'apparition de ces maladies. De plus, toutes les informations utiles à connaître doivent suivre dans le plus bref délai : l'endroit, par exemple, où la maladie est apparue, le nombre de cas constatés et le nombre des décès, l'étendue des circonscriptions atteintes ; ou encore, s'il s'agit de la peste, l'existence de cette affection ou d'une mortalité insolite chez les rongeurs, ou, pour la fièvre jaune, l'index des *Stegomyia*.

Pendant toute la durée de l'épidémie, les Puissances doivent être tenues au courant de façon régulière par le pays intéressé. Ce dernier doit indiquer en particulier les mesures exécutées, au départ des navires.

En effet, la lutte contre l'épidémie se fait en premier lieu à l'échelle locale. Il faut empêcher la maladie qui est dans le port d'atteindre les navires qui vont partir, empêcher l'exportation de la maladie. Dans ce but l'autorité sanitaire doit s'opposer à l'embarquement des passagers atteints et des personnes qui ont été en contact avec des malades et susceptibles par suite de transmettre la maladie.

En ce qui concerne le navire lui-même, les mesures varient selon l'affection en cause : si c'est le choléra qui règne dans le port, c'est la qualité de l'eau et des aliments embarqués qui est à surveiller, alors que s'il s'agit de peste, la dératisation et

tout ce qui s'oppose à l'introduction des rats à bord sont les gestes efficaces. De la même façon pour la fièvre jaune ce sont la désinsectisation et la lutte contre l'accès des moustiques sur le bâtiment qui importent au premier chef. Le typhus exanthématique doit entraîner, lui, l'épouillage en abondance de tous les suspects ; enfin pour la variole il faut soumettre à la désinfection vieux vêtements et chiffons, et vacciner.

Les Conventions de l'U.N.R.R.A. envisagent ensuite les mesures à prendre à l'arrivée d'un navire venant d'une circonscription infectée. Les services sanitaires du port d'arrivée doivent mettre en œuvre toutes leurs ressources pour empêcher la maladie de pénétrer dans le pays. Mais la conduite à tenir est basée sur la constatation de l'état sanitaire existant à bord, et suivant les déclarations du capitaine ou du médecin du navire sur les conditions dans lesquelles s'est effectué le voyage. Le bateau peut être ainsi classé en infecté, en suspect, ou indemne.

Un navire infecté, c'est-à-dire qui a, en ce qui concerne la peste par exemple, « un cas de peste humaine à bord ou sur lequel un cas de peste humaine s'est déclaré plus de six jours après l'embarquement, ou à bord duquel on a constaté la présence de rats pesteux » est soumis à une visite médicale et au débarquement immédiat et à l'isolement des malades. Quant aux autres personnes, elles peuvent être soumises soit à l'observation, équivalent rationnel de l'ancienne quarantaine, soit à la surveillance sanitaire où les intéressés peuvent poursuivre leur route sous contrôle médical. Ces deux mesures ne peuvent excéder la durée d'incubation, fixée par les Conventions elles-mêmes, de la maladie en cause.

La désinsectisation et parfois la désinfection sont appliquées alors aux literies, linges, objets et parties du navire considérées comme contaminés. Le navire infecté de peste est ensuite soumis à une dératisation, avant le déchargement, chaque fois que cela s'avère possible, ou sur le bâtiment en cales vides.

Enfin toutes précautions sont prises pour éviter que le personnel employé au déchargement ne soit infecté, et le contrôle de l'état de santé des débardeurs pourra s'effectuer durant six jours au maximum, dans le cas cité, après la cessation du travail.

Les Conventions de l'U.N.R.R.A. envisagent ainsi successi-

vement chaque maladie pestilentielle et les mesures spéciales nécessitées par les modalités différentes de transmission de ces affections. Ainsi, le choléra entraîne la nécessité d'une désinfection avant leur déversement des eaux et des déjections humaines du navire infecté. La fièvre jaune a pour conséquence logique la désinsectisation et le maintien entre le navire et la terre habitée d'une distance suffisante pour éviter l'accès des *stegomyia*. Enfin l'épouillage pour le typhus exanthématique et la vaccination pour la variole, telles sont les modalités de lutte contre les deux dernières maladies conventionnelles de 1944.

Mais la mise en œuvre de ces mesures sanitaires nécessite des installations et un personnel appropriés. Aussi l'U.N.R.R.A. précise-t-elle que chaque pays doit avoir un nombre de ports outillés du point de vue sanitaire en rapport avec l'importance de son trafic. De toute façon, un pays doit disposer sur chacune de ses mers d'au moins un port capable de recevoir les navires infectés ou suspects, et le plus grand nombre possible de ports devra être outillé de telle façon qu'au moins les navires indemnes puissent y subir dès leur arrivée les mesures prescrites. L'organisation sanitaire d'un port est fixée également par les Conventions de 1944 et comprend un service médical régulier du port, le matériel pour le transport des malades, des locaux pour isoler ces derniers et d'autres pour la mise en observation des suspects. L'U.N.R.R.A. exige de plus un laboratoire spécial au service sanitaire maritime, un service de vaccinations, les installations nécessaires pour la désinfection et la désinsectisation. Le port doit être muni d'un système satisfaisant d'approvisionnement en eau potable et d'évacuation des déchets et eaux usées. Le réseau des égouts du port et celui des égouts de la ville doivent être indépendants. Il doit exister d'une part une équipe pour la dératisation et d'autre part une seconde équipe pour la recherche et l'examen des rats vivants. Les magasins et les docks doivent être enfin, autant que faire se peut, « rat-proof ».

Il est à remarquer que les mesures décidées par l'U.N.R.R.A. sont des mesures maxima que les puissances ne peuvent rendre plus sévères, mais qu'au contraire elles peuvent alléger dans une certaine mesure. De plus, quand une épidémie se termine et que le gouvernement qui a déclaré cette épidémie

à son début a fait une « déclaration de fin d'épidémie », les autres Puissances ne disposent plus du droit de prendre des mesures à l'arrivée des navires venant de ce pays.

Telles étaient donc les grandes lignes des Conventions de 1944 en ce qui concerne la navigation maritime, à laquelle cette étude se limite.

LE REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL DE L'O.M.S.

Mais, après la guerre fut fondée « l'Organisation des Nations Unies » qui compte parmi ses institutions « l'Organisation Mondiale de la Santé », organisme permanent. Celle-ci englobe les Organismes Sanitaires antérieurs, tel le Bureau Sanitaire panaméricain, et rend désormais inutile du fait de sa permanence les Conférences sanitaires internationales.

Ce sont les experts de l'O.M.S. qui, après trois ans d'études, ont élaboré le Règlement Sanitaire international qui a été adopté par la IV^e Assemblée mondiale de la Santé, le 25 mai 1951.

Ce règlement, soumis à l'approbation des différents Etats qui peuvent le refuser ou s'opposer à certains articles, entrera en application le 1^{er} octobre 1952.

Il représente une synthèse des Conventions maritime et terrestre d'une part et aérienne d'autre part, et envisage comme les Conventions de 1944 les maladies pestilentiellles.

Toutefois, aux cinq maladies conventionnelles anciennes, dénommées maintenant « maladies quaranténaires », le Règlement sanitaire international a ajouté la fièvre récurrente à poux.

Dans l'ensemble les modifications apportées par le nouveau Règlement sont peu profondes.

Dès qu'une circonscription devient infectée les administrations sanitaires doivent adresser par télégramme, dans les vingt-quatre heures, une notification à l'O.M.S. et aussi, sur demande, aux missions diplomatiques et consulats de leur territoire.

L'existence de la maladie ainsi notifiée est confirmée sans délai par les examens de laboratoire possibles. Là encore, comme dans les Conventions de 1944, des renseignements com-

plémentaires sur l'origine, la forme, l'importance de la maladie ainsi que sur les mesures mises en œuvre, doivent être communiqués rapidement et de façon régulière à l'O.M.S.

S'il s'agit de peste des rongeurs, des rapports sur le nombre des rongeurs examinés et sur celui des rongeurs reconnus pesteux sont envoyés chaque mois.

En ce qui concerne les maladies quarantenaires transmises par des insectes vecteurs, les moyens de lutte employés contre ces derniers sont spécifiés eux-aussi à l'Organisation.

L'Administration sanitaire intéressée doit aviser également l'O.M.S. dès qu'une circonscription infectée redevient indemne, c'est-à-dire quand toutes les mesures de prophylaxie ont été prises et maintenues en vue de prévenir la réapparition de la maladie ou son extension à d'autres circonscriptions.

Pour permettre l'application des mesures prévues par le Règlement, les administrations sanitaires doivent faire en sorte que le plus grand nombre possible de leurs ports disposent d'une Organisation Sanitaire suffisante en matériel, personnel et locaux.

Les mesures sanitaires au départ s'opposent à l'embarquement des malades et des suspects et à l'introduction à bord des vecteurs de toute maladie quarantenaire.

A l'arrivée les mesures sanitaires sont déterminées par les conditions ayant existé à bord durant le voyage ou y existant au moment de la visite médicale, « sans préjudice toutefois, précise l'O.M.S., des mesures que le présent Règlement permet d'appliquer à un navire provenant d'une circonscription infectée ». D'autre part les diffusions quotidiennes de l'O.M.S. par T.S.F. avertissant les Etats, bien avant l'arrivée d'un navire, de la situation épidémiologique des ports d'origine et d'escale, ont entraîné la suppression de la patente de santé et des visas consulaires, suppression que les Conventions précédentes avaient déjà envisagée. Le Règlement sanitaire international supprime également la déclaration personnelle d'origine et de santé établie par l'U.N.R.R.A. trop souvent exigée et très mal vue des passagers en dehors des épidémies.

La tendance générale à l'adoucissement qui se fait jour dans le nouveau Règlement par rapport aux Conventions de 1944, se manifeste tout particulièrement dans les restrictions apportées à l'emploi de l'isolement. Ainsi, lorsque éclate à bord

un cas de peste, de typhus exanthématique ou de fièvre récurrente, les sujets contacts réceptifs ne pourront pas être isolés, mais seulement mis sous surveillance sanitaire.

Par contre, le règlement de l'O.M.S. maintient, quand l'autorité sanitaire juge exceptionnellement sérieux le danger de transmission, la possibilité d'isolement en cas de variole, de choléra ou de fièvre jaune pour les passagers non porteurs d'un certificat valable de vaccination.

La durée d'isolement ou de surveillance reste de 5 jours pour le choléra, 6 pour la peste et la fièvre jaune et de 14 jours pour la variole, et a été portée à 14 jours au lieu de 12 pour le typhus exanthématique, a 8 jours enfin pour la fièvre récurrente.

Le Règlement sanitaire international maintient également la nécessité d'une dératisation périodique des navires ou de leur maintien de façon permanente dans des conditions telles que le nombre des rongeurs à bord soit négligeable, la durée de validité des certificats de dératisation ou d'exemption de dératisation reste fixée à 6 mois.

Cependant le nouveau Règlement apporte quelques modifications dans la prophylaxie de chacune des maladies quaranténaires.

La période d'incubation du choléra demeure fixée comme autrefois à 5 jours. Les Autorités sanitaires doivent tenir compte dans l'application des mesures prévues de la présentation d'un certificat valable de vaccination contre le choléra : ainsi toute personne arrivant d'une circonscription infectée pendant la période d'incubation de la maladie peut, si elle est munie d'un certificat valable de vaccination, être soumise seulement à la surveillance durant une période de 5 jours au plus à dater du départ de cette circonscription, tandis qu'en l'absence de ce certificat elle peut être isolée durant le même laps de temps.

Un navire infecté, autrement dit à bord duquel existe un cas de choléra ou sur lequel un cas s'est déclaré pendant les cinq jours précédant l'arrivée, peut subir de la part des autorités sanitaires les mesures suivantes : mise en surveillance de ses passagers ou membres de l'équipage porteurs d'un certificat valable de vaccination et isolement de tous les autres sujets quittant le bord.

Les bagages des malades ou des suspects et tous les objets

ou parties du bâtiment considérés comme contaminés sont désinfectés, de même que les réserves suspectes d'eau du bord qui sont ensuite évacuées ; les réservoirs sont alors désinfectés à leur tour. Les déjections humaines et toutes matières considérées comme contaminées ne doivent être déversées qu'après désinfection préalable. Ces mêmes mesures générales peuvent également être appliquées à tout navire suspect, ayant donc présenté un cas de choléra à bord plus de cinq jours avant l'arrivée dans le port. Les personnes quittant le bord peuvent dans ce cas être mises sous surveillance sanitaire, ou même, comme nous avons vu que cela était possible pour tout passager venant d'une circonscription infectée et non muni d'un certificat valable de vaccination, subir l'isolement. C'est seulement après exécution de ces mesures prescrites par le Règlement, que le navire est admis à la libre pratique. D'autre part, à l'arrivée d'un navire infecté, suspect ou en provenance d'une circonscription infectée, l'autorité sanitaire peut s'opposer au déchargement ou faire procéder à l'enlèvement des aliments tels que poissons, crustacés, coquillages, crudités ou boissons.

Enfin le règlement de l'O.M.S., contrairement aux anciennes Conventions, stipule que désormais nul, venant d'une région infectée et donc porteur de germes possible, ne pourra être astreint à un prélèvement rectal. Seule la constatation de symptômes permettant de soupçonner cette affection chez une personne arrivant d'une circonscription infectée pourra justifier l'obligation d'un examen de selles.

En ce qui concerne *la fièvre jaune*, c'est l'O.M.S., après consultation avec les administrations sanitaires intéressées, qui délimite les zones d'endémicité et de réceptivité amariles.

Lorsqu'une des circonscriptions d'une zone d'endémicité amarile a gardé constamment pendant un an un indice d'Aedes Aegypti inférieur à un pour cent, l'Organisation notifie que désormais cette circonscription ne fait plus partie de cette zone d'endémicité. Par contre, les administrations sanitaires doivent prévenir immédiatement l'O.M.S. de l'apparition du virus amaril dans une partie de leur territoire qui paraissait indemne jusqu'alors, et préciser l'étendue de la zone atteinte.

D'autre part, une circonscription infectée de fièvre jaune, située en dehors d'une zone d'endémicité amarile, est considé-

rée à nouveau comme indemne quand le dernier cas humain remonte à plus de trois mois ou lorsque l'indice d'*Aedes Aegypti* est retombé à un pour cent au plus depuis au moins un mois.

A la différence des anciennes Conventions, l'O.M.S. exige maintenant la vaccination contre la fièvre jaune de tout sujet quittant une circonscription infectée à destination d'une zone de réceptivité amarile. En l'absence d'un certificat valable de cette vaccination, l'autorité sanitaire peut, dans une zone de réceptivité amarile, contraindre à l'isolement, dans des locaux à l'abri des moustiques, tout voyageur venant d'une région d'endémicité : cette mesure sévère ne manquera pas d'appuyer de façon efficace l'obligation de la vaccination.

D'après le Règlement, un navire est considéré comme infecté s'il présente un cas de fièvre jaune à son bord ou si un tel cas s'est déclaré pendant le voyage. Il est dit « suspect » s'il a quitté une circonscription infectée depuis moins de six jours, ou si l'on constate la présence d'*Aedes Aegypti* à bord alors que moins de trente jours se sont écoulés depuis le départ de cette circonscription.

A l'arrivée d'un tel navire, l'autorité sanitaire peut, dans une zone de réceptivité amarile, soumettre tous les passagers ou membres de l'équipage, qui quittent le bord et ne sont pas pourvus d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune, à la surveillance, pendant six jours au plus à compter de la date d'arrivée ; sans préjudice là encore du droit à l'isolement que confère le présent Règlement à l'encontre de tels sujets arrivant d'une région d'endémicité. De plus, il est procédé à la désinfection des bagages des malades ou suspects et des objets et parties du navire considérés comme contaminés.

Enfin l'autorité sanitaire prescrit une destruction totale des *Aedes Aegypti*, et ceci même pour un navire indemne provenant d'une circonscription infectée, et elle peut même exiger que, dans une zone de réceptivité amarile, le bâtiment reste au moins à 400 mètres de la terre, jusqu'à exécution de ces mesures.

Pour la *variole*, l'administration sanitaire peut exiger de toute personne qu'elle soit en possession à l'arrivée sur son territoire d'un certificat valable de vaccination. Sinon, l'intéressé peut être vacciné et, seulement en cas de refus, soumis

à la surveillance. Il peut même, s'il a séjourné dans une circonscription infectée depuis moins de quatorze jours et s'il refuse la vaccination, être isolé, la durée d'isolement ne pouvant en aucun cas dépasser 14 jours à dater du départ de la circonscription infectée. Malheureusement la vaccination à l'arrivée ne présente pas une sécurité absolue car, si elle a lieu plus de trois jours après le début de l'incubation, elle ne peut empêcher l'apparition de la variole.

Pour cette affection seuls seront considérés comme infectés les navires qui ont eu durant le voyage ou ont à bord un cas de variole. Tous les autres bâtiments seront considérés comme indemnes, même en présence de suspects, et admis à la libre pratique même s'ils proviennent d'une circonscription infectée.

En présence d'un navire infecté l'autorité sanitaire débarque les malades, offre la vaccination à toute personne du bord qui ne semble pas suffisamment protégée contre la variole, et peut isoler ou soumettre à la surveillance toute personne quittant le bord.

On désinfecte alors tous les bagages des personnes atteintes ainsi que la literie ou le linge ayant servi, et toute partie du navire contaminée. Ces mesures peuvent s'appliquer également aux suspects d'un navire « indemne » s'ils quittent le bord.

En ce qui touche *la peste*, le nouveau Règlement ne fait pas de la vaccination contre cette maladie une condition exigible à l'admission d'une personne dans un territoire ; ceci, vraisemblablement, en raison de l'inconstance de l'immunisation qu'elle confère. Il n'est pas prévu, non plus, de mesures plus douces pour les vaccinés.

Les Puissances doivent tout mettre en œuvre pour réduire au minimum le danger de propagation de la peste par les rongeurs. Dans ce but les administrations sanitaires des ports infectés de peste des rongeurs ou susceptibles de l'être, doivent s'assurer de la collecte systématique et de l'examen régulier des rongeurs et de leurs ectoparasites, et prendre toutes mesures utiles pour empêcher la pénétration des rats sur les navires séjournant dans le port.

Les navires, eux, sont périodiquement dératés ou maintenus constamment dans des conditions défavorables à la multi-

plication des rongeurs à bord. Si aucun certificat valable de dératisation ou d'exemption de dératisation n'est présenté à l'autorité sanitaire d'un port agréé, c'est-à-dire d'un port disposant du personnel compétent nécessaire pour l'inspection des navires, cette autorité sanitaire peut, si ce port agréé est pourvu de l'outillage et du personnel voulus, faire procéder elle-même à la dératisation du bâtiment en cause, qui reçoit ensuite un certificat de dératisation. De la même façon si, après inspection, l'autorité sanitaire d'un port agréé conclut que le nombre des rongeurs à bord est négligeable, elle délivre alors un certificat d'exemption de dératisation.

Au départ d'une circonscription où existe une épidémie de peste pulmonaire, les personnes suspectes sont soumises à l'isolement pendant une période de six jours à dater de leur dernière exposition à l'infection. A l'arrivée un navire est considéré comme infecté si on trouve à bord un rongeur infecté de peste ou si un cas de peste humaine s'est déclaré plus de six jours après l'embarquement. Si un tel cas s'est déclaré dans les 6 jours qui ont suivi l'embarquement ou si l'on a constaté une mortalité insolite des rongeurs à bord, le navire est suspect.

A l'arrivée de tels navires l'autorité sanitaire du port peut soumettre les suspects à la désinsectisation et à la surveillance. De même peuvent être exigées la désinsectisation et au besoin la désinfection des bagages des malades ou des suspects et de tout autre objet ou partie du navire qui ont pu être contaminés.

En cas de peste murine à bord le navire est dératisé dès que les cales sont vidées; une ou plusieurs dératisations préliminaires peuvent d'ailleurs être prescrites, avant ou en cours de déchargement de la cargaison, afin d'empêcher les rongeurs infectés de quitter le bord. Dans le même but, le navire peut être, si besoin est, mis en quarantaine.

La dératisation peut être exceptionnellement imposée à un navire indemne en provenance d'une circonscription infectée, pour des motifs précis que l'autorité sanitaire communique au capitaine. De plus, tout suspect quittant le bord peut être mis en surveillance pour une durée maxima de six jours à compter de la date de départ de la circonscription infectée.

De même que pour la peste, la vaccination contre *le typhus exanthématique* ne constitue pas une condition mise à l'admission d'une personne dans un territoire. Certes, les vaccins tués, type Durand et Giroux, sont remarquables par la constance de l'immunité qu'ils confèrent. Toutefois le danger de propagation du typhus exanthématique est moins grand que celui de la peste.

Au départ d'une circonscription infectée, les sujets paraissant susceptibles de transmettre le typhus sont désinsectisés ; leurs vêtements, bagages et tous objets suspects subissent aussi une désinsectisation et parfois même une désinfection.

Si le voyage a duré moins de quatorze jours, l'autorité sanitaire du port d'arrivée peut prendre des mesures identiques à l'égard des passagers venant d'une circonscription infectée, et peut mettre les intéressés sous surveillance sanitaire, surveillance qui ne peut excéder quatorze jours à partir de la date de la désinsectisation.

En matière de typhus tout navire est considéré comme indemne, même si des malades se trouvent à bord. Toutefois ces derniers peuvent alors être débarqués et isolés, les suspects désinsectisés, et les mesures complémentaires déjà envisagées contre tout ce qui pourrait transmettre le typhus, mises en œuvre.

La fièvre récurrente, elle, nouvelle maladie quarantenaire du Règlement de l'O.M.S., est soumise aux mêmes dispositions générales que le typhus exanthématique, les périodes d'incubation et par suite les durées de surveillance étant seules différentes pour l'une et l'autre affection.

Le Règlement sanitaire international comporte un modèle de certificats de dératisation et d'exemption de dératisation dans ses annexes ; la déclaration maritime de santé reste la même. Par contre, alors que les Conventions de 1944 ne rendaient la vaccination contre le choléra effective que 6 jours après la deuxième injection de vaccin, les nouveaux certificats internationaux de vaccination deviennent valables 6 jours après la première injection ou, en cas de revaccination, le jour même de cette dernière, et toujours pendant une période de six mois. Seuls les pèlerins de la Mecque doivent justifier de deux injec-

tions pratiquées à sept jours d'intervalle, la validité du certificat commençant le jour de la seconde injection.

Le certificat de vaccination contre la fièvre jaune, par les vaccins agréés par l'O.M.S., devient valable durant une période de 6 ans, à dater du dixième jour après la vaccination, au lieu des quatre ans qui avaient été adoptés par l'U.N.R.R.A.

L'O.M.S. a modifié également les conditions de validité du certificat de vaccination contre la variole : celui-ci devient valable huit jours après la primo-vaccination au lieu du délai de quatorze jours fixé par les Conventions de 1944, et immédiatement lors de la revaccination, le résultat de cette revaccination n'ayant plus à être vérifié.

Ces adoucissements destinés à gêner le moins possible le trafic international appellent néanmoins quelques réserves sur la validité de ces certificats : en ce qui concerne la variole, notamment, la date de quatorze jours après la vaccination était certes plus sûre, et le nouveau règlement ne tient nullement compte de la différence entre revaccinations récentes et éloignées, ni des erreurs de technique toujours possibles. De même à l'égard du choléra, un intervalle de six jours après la deuxième injection, cette dernière ayant lieu elle-même huit à dix jours après la première, serait d'une garantie plus absolue.

Dans le même ordre d'idées on peut reprocher à la surveillance sanitaire, qui tend à supplanter presque toujours l'isolement dans le nouveau Règlement, de ne pas mettre toujours à l'abri de façon certaine de l'introduction dans un pays d'une maladie épidémique. Ceci est dû surtout à l'observation imparfaite par les passagers des obligations imposées par la surveillance sanitaire, contre laquelle pourrait seule lutter la mise en action, par décision de la Législation Internationale, de sanctions efficaces.

L'O.M.S. a annexé enfin au Règlement Sanitaire international un important chapitre concernant *le pèlerinage de la Mecque*.

Aux certificats de vaccination contre le choléra et la variole, déjà exigés, vient s'ajouter dorénavant la nécessité d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune, pour tout pèlerin qui a quitté une circonscription infectée de

fièvre jaune ou une zone d'endémicité amarile au cours des six jours précédents.

A l'arrivée au Hedjaz, l'absence de ce certificat entraîne l'isolement du pèlerin jusqu'à la fin de la période d'incubation. D'autre part, quiconque arrive à Port-Saïd à bord d'un navire à pèlerins, non muni des certificats sus-nommés, est soumis à la vaccination et reçoit alors les certificats correspondants.

Le règlement précise enfin les normes d'hygiène concernant les navires à pèlerins et leurs aménagements spéciaux.

Tel est donc le nouveau Règlement Sanitaire International de l'O.M.S.

CONCLUSION

En élaborant le Règlement Sanitaire International, l'O.M.S. a eu le souci constant d'assurer à tous les pays une protection efficace contre les maladies quaranténaires, tout en évitant, autant que possible, de sérieuses entraves au trafic international.

On peut, certes, formuler quelques réserves quant à la validité des certificats de vaccination. De même, en raison de l'absence de sanctions efficaces sur le plan international, la surveillance sanitaire restera une mesure à laquelle les passagers pourront trop facilement se soustraire.

Néanmoins, cette nouvelle législation va faciliter les transports pour la plus grande satisfaction des voyageurs.

On ne peut donc que souhaiter son adoption rapide et unanime.

Vu :

Vu :

LE DOYEN :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

L. BINET.

P. JOANNON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

Règlement Sanitaire International : Règlement n° 2 de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Convention Sanitaire Internationale du 21 juin 1926 modifiée par la Convention Sanitaire Internationale de 1944.

BOYER J. — Précis d'Hygiène (Bailliére édit.)

— Un centenaire à commémorer : la Première Conférence Sanitaire Internationale (*Presse Médicale*, 4 avril 1951).

— L'établissement par l' « O.M.S. » du Règlement Sanitaire International (*Presse Médicale*, 17 nov. 1951).

CLERC. — Hygiène maritime et prophylaxie Internationale. (Vigot, édit.).

TABLE DES MATIERES

Historique.	9
Les conventions de 1944	14
Règlement sanitaire international de l'O.M.S.	18
Conclusion.	29
Bibliographie.	31

